CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):400

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-036 - Donación en ASISTOLIA controlada y trasplante de páncreas: ¿Nuestro presente?

Sánchez Pérez, Belinda; Mirón Fernández, Irene; León, Francisco Javier; Aranda, José; Pérez, José Antonio; Montiel, María Custodia; Pitarch, María; Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La donación en asistolia controlada (DAC) ha aumentado exponencialmente desde su implantación legal en España, pasando de 23 a 212 donantes desde 2012 hasta 2015. La efectividad de DAC alcanzó 75%, respecto a la utilización de los órganos extraídos. Cabe destacar que esta actividad recae casi exclusivamente, en nuestro país, sobre el trasplante renal y hepático siendo anecdótico el uso de otros órganos como pulmón o páncreas. Presentamos el primer trasplante riñón-páncreas realizado en nuestro hospital con injerto procedente de un donante en asistolia controlada (Maastrich III) y el segundo dentro del territorio nacional.

Caso clínico: Paciente varón, 35 años. AP: DM tipo I desde los 6 años de edad, Insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía diabética en hemodiálisis desde octubre 2013. Polineuropatía de predominio sensitivo y axonal, simétrica. Retinopatía diabética no proliferativa leve. Incluido en lista: septiembre 2014. Donante: 35 años, IMC: 26 Kg/m^2, TCE y 16 días de UCI. Se retiró TSV en quirófano. Tipo de extracción: técnica súper-rápida. Líquido de perfusión: HTK. T. isquemia funcional/total: 21/27 minutos. Técnica quirúrgica: anastomosis arterial entre iliaca del donante e iliaca común derecha del receptor. Anastomosis venosa entre porta donante y vena cava-iliaca común derecha del receptor. Anastomosis entre duodeno del donante y asa yeyunal del receptor. Se completa con apendicetomía reglada. Tiempo de isquemia fría 7 horas 42 minutos. Posteriormente, se procedió al implante renal que requirió ureterocistoneostomía tipo Woodruff con catéter doble J. Con tiempo de isquemia fría 10h. Dosis heparina profiláctica: 25.000 unidades de heparina de bajo peso molecular intraoperatoria. Inmunosupresión: timoglobulina, tacrolimus y corticoides. Desde la reperfusión del injerto, el enfermo no precisó necesidad de insulina. Las cifras de amilasas se normalizaron en 48h y los controles por doppler siempre fueron adecuados. A las 60h, el paciente presentó hemoperitoneo siendo necesaria intervención quirúrgica, sin que se encontrara claro foco de sangrado. Respecto al injerto renal, presentó un retraso en su funcionamiento, típico en los riñones obtenidos en DAC. En 24 PO, fue dado de alta con glucemias normales sin necesidad de insulina y cifras de creatinina dentro de la normalidad.

Discusión: El estancamiento de los donantes cadavéricos hace de la donación en asistolia controlada una nueva fuente de órganos para el trasplante de páncreas. Las series publicadas en la literatura, afirman obtener resultados similares a los donantes cadavéricos, tanto en función como en supervivencia del injerto. Sin embargo, se insiste en una estricta selección de donantes (edad <

50 años, BMI < 30 kg/m^2 y tiempo de isquemia caliente < 30 minutos). Ante los datos publicados y nuestra experiencia inicial la DAC se presenta como una nueva vía de obtención de órganos para el trasplante de páncreas.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados